

## ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Шорох С.Г., Шорох Г.П.*

*Белорусская медицинская академия последипломного образования*

Комплексная диагностика острой кишечной непроходимости (ОКН) включает и лабораторные данные. Конечно, они не являются окончательными критериями диагностики, но дополняют клиническую картину заболевания, отражая при этом степень интоксикации при илеусе. Их трактовка позволяет правильно оценить стадию процесса, прогнозировать развитие осложнений, а также провести необходимую коррекцию в период предоперационной подготовки.

Проведя анализ 752 больных с ОКН, поступивших в клинику неотложной хирургии за последние 10 лет, отмечено следующее: изменения в общем анализе крови наблюдались у 37,2% больных из которых 2/3 составляли мужчины. Повышение уровня Hb до 150-160 г/л и, соответственно, гематокрита до 50% – выявлено у 45% больных с высокой тонкокишечной непроходимостью. Эти показатели коррелировали с симптомом частой рвоты и обезвоживанием организма. Умеренная анемия – Hb 100-110 г/л и гематокрит 0,35-0,37, лейкоцитоз до  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , нейтрофильный сдвиг формулы влево выявлен у 32% больных, в основном со странгуляционной формой непроходимости, поступивших в поздние сроки заболевания с развивающимся системным воспалительным синдромом. У больных с непроходимостью, как следствие опухоли толстого кишечника, отмечена умеренная анемия и достаточно высокие цифры СОЭ. В 21% случаев выявлен относительный лимфоцитоз, регистрирующий дискоординацию иммунной системы.

Важная информация получена при биохимическом анализе крови. У 211 больных с высокой тонкокишечной непроходимостью наблюдалось снижение уровня  $\text{Na}^+$  ниже 100 ммоль/л, хлора ниже 90-100 ммоль/л и кальция ниже 2 ммоль/л. В 72% случаев отмечалось снижение  $\text{K}^+$  ниже 3,5 ммоль/л, что прогностически оценивалось неблагоприятно, требовало динамического контроля и коррекции отмеченных показателей.

У больных с низкой тонкокишечной непроходимостью интоксикационный синдром подтверждался повышением мочевины свыше 9 ммоль/л у 31% больных и свыше 15 ммоль/л у 20,3% больных. Следует отметить, что это наблюдалось чаще у пациентов со

странгуляционной формой непроходимости. Так же отмечено увеличение уровня трансаминаз АЛТ, АСТ у 7,2% больных, щелочной фосфатазы у 15% больных, что косвенно подтверждало функциональную недостаточность печени, в ответ на эндогенную интоксикацию.

Особенно это вырисовывалось, когда больные поступали с явной клиникой перитонита, как следствие кишечной непроходимости, проявляясь гипопроteinемией ниже 60 г/л у 80,8%, гипербилирубинемией у 30% больных.

В 32% случаев отмечены изменения в общем анализе мочи: протеинурия, цилиндрурия, что отражало интоксикационную нагрузку на функции почек.

Таким образом, на основании изменений лабораторных показателей при ОКН можно сделать следующие выводы:

- для высокой тонкокишечной непроходимости в первую очередь характерно обезвоживание и потеря электролитов;
- при низкой тонкокишечной непроходимости, особенно странгуляционной форме, на первый план выступает интоксикационный синдром. Это подтверждает повышение уровня азотистых шлаков, трансаминаз, щелочной фосфатазы, лейкоцитоза.

Чем больше давность ОКН, тем явственнее проявляются синдромы функциональной недостаточности печени.